

高次脳機能障害者のセルフアウェアネスと 心理的ストレスの関連の検討

岡村陽子¹・武藤かおり²

Self-awareness after brain injury and psychological stress

Yoko Okamura¹ and Kaori Muto²

Abstract：高次脳機能障害者のセルフアウェアネスの獲得と心理的ストレスの関係を明らかにするために、アウェアネスの階層モデルをもとに、高次脳機能障害者のアウェアネス段階を知的アウェアネス段階、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階にわけ、それぞれの段階で経験している心理的体験、および気分状態の関係について検討した。本研究の結果、知的アウェアネス段階では、「物事を間違えたときの人々の反応」に関する心理的体験が他の段階よりも少ないこと、体験的アウェアネス段階では他の段階よりも心理的体験が多いこと、予測的アウェアネス段階では「物事を間違えたときの人々の反応」に関する心理的体験が他の段階よりも多いことが明らかとなった。また、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階では、知的アウェアネス段階よりも、意欲や活力の低下・疲労感を強く感じていた。体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階では、心理的体験が多いことや、人々の反応に関する体験をすることが意欲や活力の低下・疲労感を高めていることが考えられる。知的アウェアネス段階から、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階へとアウェアネスの獲得が進むにつれ、心理的ストレスも増加することが考えられ、それぞれの段階に合わせた心理的支援が必要であることが示唆された。

Keywords：高次脳機能障害者、セルフアウェアネス、心理的ストレス

はじめに

アウェアネスは幅広い概念である。アウェアネス障害には、否認や抑圧といった防衛機制であるという精神力動的な考え方による説明と、アウェアネス障害は脳損傷の結果生じるという神経心理学的な考え方による説明が存在する (Sohlberg & Mateer, 2001)。Stuss (1991) は、後者の神経心理学的なアウェアネス障害のうち、運動・感覚・言語能力といった認知の障害をさす限局的な病識の低下と、セルフアウェアネスとをわけて考えている。最も高次の脳機能であり、Stuss & Benson (1986) が言うように、判断や洞察に関係すると考えられるセルフアウェアネスであるが、Crosson, Barco, Velozo, Bolesta, Cooper, Werts, & Brobeck (1989) は、セルフアウェアネスを「知的アウェアネス (intellectual awareness)」「体験的アウェアネス (emergent awareness)」「予測的アウェアネス (anticipatory awareness)」にわけ、知的アウェアネス段階から、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階へとセルフアウェアネスの獲得が進んでいく階層モデルを提案している。Crosson et al. (1989) の階層モデルは、高次脳機

能障害者のセルフアウェアネスの獲得過程の理解を容易にし、我が国の臨床場面でもセルフアウェアネスを理解する際に利用されている (長野, 2012)。

セルフアウェアネスに障害があると、自分の障害の性質や程度、障害が与える影響の理解に乏しくなり、その結果として、訓練への抵抗や、代償手段の獲得の拒否につながり、リハビリテーションの実施を妨げることになる (Sohlberg & Mateer, 2001)。そこで、高次脳機能障害者のリハビリテーション実施に当たっては、身体機能や認知機能だけでなくセルフアウェアネスも意識する必要があること (Mateer, Sira, & O'Connell, 2005; Leung & Liu, 2011) が指摘されている。また、セルフアウェアネスの高さと心理的ストレスの高さが関係することも指摘されており (Fleming & Ownsworth, 2006; Cooper-Evans, Alderman, Knighta, & Oddy, 2008)、高次脳機能障害者へのリハビリテーション実施に当たっては、セルフアウェアネスを高めると同時に心理的ストレスに配慮する必要がある (岡村, 2012)。しかし、Crosson et al. (1989) の提唱するようにセルフアウェアネスの獲得には階層性があるのであれば、セルフアウェアネスの段階によって心理的ストレスも異なり、セルフアウェアネスの段階に応じた心理的支援が必要と思われる。

セルフアウェアネスの獲得に伴う心理的变化に関しては、O'Callaghan, Powell, & Oyeboode (2006) の、セルフアウェアネスの獲得から障害受容に至る過程における

受稿日2013年10月24日 受理日2013年12月6日

1 専修大学人間科学部心理学科 (Department of Psychology, Senshu University)

2 千葉県千葉リハビリテーションセンター (Chiba Rehabilitation Center)

表1 参加者の詳細

		人数（にん）			年齢
		男性	女性	復職者	M ± SD
知的アウェアネス段階	11	8	3	0	34.36 ± 11.54
体験アウェアネス段階	10	8	2	0	29.80 ± 7.54
予測アウェアネス段階	10	7	3	7	30.90 ± 9.97
全体	30	21	9	7	31.77 ± 9.75

心理的体験に関する質的な研究が存在する。O'Callaghan et al. (2006) は、セルフアウェアネスを獲得して障害を受容する過程において生じる心理的体験についてインタビューを行った結果、「物事を間違えたときの人々の反応」「個人の発見」「説明」「気づくことの障害」「恐怖・喪失感」「否認」「変化を受容する」「新しい私」という8つのテーマのあるモデルを作成した。O'Callaghan et al. のモデルは、はじめに、個人的な発見や物事を間違えたときの人々の言葉や態度から障害への知識を獲得するところから始まる。そして、リハビリテーションを通して、脳損傷や高次脳機能障害に関する説明を受けセルフアウェアネスの獲得は進む。多くの高次脳機能障害者は、疾病や障害に関する学習が進むにつれて恐怖や喪失感を味わい、障害を認めない否認等の心理的防衛を行う。高次脳機能障害者は、このような心理的体験の後に、自分の変化を受け入れ、新しい私として障害受容に至るとしている。O'Callaghan et al. (2006) の研究で示された心理的体験が、Crosson et al. (1989) の提唱する知的アウェアネス段階、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階の各段階においてどのように体験され、それによりどのような心理的ストレスが生じるのかについて理解することができれば、リハビリテーション実施時の心理的支援の指針となりうる。

本研究では、セルフアウェアネスの獲得に伴ってどのような心理的体験をし、どのような心理的ストレスが生じるのかを明らかにするために、Crosson et al. (1989) のアウェアネスの階層モデルをもとに、高次脳機能障害者のアウェアネス段階を知的アウェアネス段階、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階にわけ、それぞれの段階における O'Callaghan et al. (2006) の研究で示された心理的体験の有無、および気分状態の関係について検討を行った。

方 法

参加者

参加者は、高次脳機能障害と診断され、知的アウェアネス段階であるもの11名、体験的アウェアネス段階であるもの10名、予測的アウェアネス段階であるもの10名の計30名であった。参加者の年齢は表1に示すとおりである。知的アウェアネス段階、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階の各段階において1要因分散分析を行った結果、各段階に年齢による有意な差は認められなかった。

参加者のアウェアネス段階の評価は、参加者をよく知る臨床心理士2名が Crosson et al. (1989) のモデルに基づき評価を実施し、2名の評価が一致したものを参加者のアウェアネス段階とした。

質問紙

心理的体験に関する質問票

セルフアウェアネス獲得から障害受容に至る過程の心理的体験について調査するために、O'Callaghan et al. (2006) の「物事を間違えたときの人々の反応」「個人の発見」「説明」「気づくことの障害」「恐怖・喪失感」「否認」「変化を受容する」「新しい私」という8テーマについて、該当する心理的体験の有無を回答する36項目の質問票を作成した（表2）。質問項目の内容的妥当性を確認するため、心理学専攻の大学院生10名が8テーマに質問項目の分類を行い、一致率80%以上の項目のみを使用した。回答は「ある」「どちらでもない」「ない」の3件法とした。

日本版 POMS 短縮版

参加者の心理的ストレスの状態を測定するために、気分の状態を評価する日本版 POMS 短縮版（横山, 2005）を用い、T-A：緊張および不安感、D：自信喪失感を伴った抑うつ感、A-H：敵意と怒り、V：元気さ、躍動感ないし活力（他の5つの尺度との負の相関が認められ

表2 心理的体験8テーマに関する質問票における質問項目

テーマ	質問項目
1 物事を間違えたときの人々の反応	他人から指摘されて、焦ってしまうことがある 自分が言った（した）ことで、他人が戸惑った顔をしたのを見て驚くことがある 他人から思ってもいなかった反応をされてイライラすることがある
2 個人の発見	友人の話が理解できずにつらい もとの生活に戻って、うまくいかないことがあり驚くことがある 友人と話していてもけがや病気の前のように話が続き、おかしいと感じることがある
3 説明	障害の説明を医者やスタッフから聞くと安心する 自分の脳の画像を見て納得した 障害の説明を医者やスタッフから聞いて、これから先のことについて不安になることがある 障害の説明を医者やスタッフから聞いて、反発を感じる
4 気づくことの障害	記憶力や注意力は完全に回復するので全く心配していない すぐに私はもっとよくなっていくと思うので問題には感じない
5 恐怖・喪失感	今の自分は人の役に立てずつらい 自分が間違ったことをしないか怖い これから先よくなるとは思えない 今まで頑張ってきたこと（仕事や勉強、家事など）ができなくなってしまう、気力がわからない 家族や恋人、友人とうまくいなくなってしまう、つらい 今の自分は自分の身の周りのことができないと思うのでつらい これから先、誰かに助けてもらいながら生活をしなければならないと考えると怖い けがや病気の前の自分に戻りたい 自分の好きなように行動することができないため、つらい これから先、家族の助けを借りることが申し訳なく思う 社会との接点がないように感じる 何度も失敗を繰り返してしまうと自分は駄目なんだと落ち込んでしまう
6 否認	けがや病気の前の生活に今の障害のある自分が戻ってもきっと何とかかなと思う 医者やスタッフに自分の障害について説明されるが、考えたくない 自分はけがや病気の前と全く変わっていないので、問題ないと思う
7 変化を受容する	障害で苦しんでいるのは自分だけではないと思う 身体が回復したため、まだ他にも障害があると思われなくなったことに不満を感じる 周囲の人に傷つくことを言われると、とても気にしてしまう 医者やスタッフを信頼している 同じ障害を持つ人を見ると、同じ障害であると他人から思われたいと感じる リハビリがあるので、何をしたらよいのかわかる
8 新しい私	ありのままの今の自分でいいと思う 今の自分が好きである 今の自分は夢や目標を持っていて充実している

る), F: 意欲や活力の低下・疲労感, C: 思考力低下・当惑の6尺度を使用した。

手続き

参加者および家族に調査参加の同意を得たうえで、心理的体験に関する質問票および日本版 POMS 短縮版への回答を依頼し、個別に回収した。

分析方法

心理的体験に関する質問票については、アウェアネス段階によって体験に違いがあるかどうかについて検討するために、各アウェアネス段階における心理的体験の割

合について、js-STAR 2012 (<http://www.kisnet.or.jp/nappa/software/star/>) を使用して χ^2 検定を実施した。日本版 POMS 短縮版については、各尺度の T 得点を算出した。アウェアネス段階によって各尺度の T 得点の平均値に差があるか検討するために、PASW statistics 18 (IBM) を使用して尺度ごとに一要因分散分析を実施した。

表3 アウェアネス獲得過程での心理的体験に関する質問票の結果

		知的アウェアネス段階		体験的アウェアネス段階		予測的アウェアネス段階		計	
		回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
テーマ1	ある	8	24.24	15	50.00	18	60.00	41	44.09
	どちらでもない	6	18.18	8	26.67	6	20.00	20	21.51
	ない	19	57.58	7	23.33	6	20.00	32	34.41
	計	33	100.00	30	100.00	30	100.00	93	100.00
テーマ2	ある	14	42.42	21	70.00	15	50.00	50	53.76
	どちらでもない	6	18.18	2	6.67	5	16.67	13	13.98
	ない	13	39.39	7	23.33	10	33.33	30	32.26
	計	33	100.00	30	100.00	30	100.00	93	100.00
テーマ3	ある	16	36.36	20	50.00	12	30.00	48	38.71
	どちらでもない	10	22.73	5	12.50	13	32.50	28	22.58
	ない	18	40.91	15	37.50	15	37.50	48	38.71
	計	44	100.00	40	100.00	40	100.00	124	100.00
テーマ4	ある	16	72.73	15	75.00	15	75.00	46	74.19
	どちらでもない	3	13.64	0	0.00	4	20.00	7	11.29
	ない	3	13.64	5	25.00	1	5.00	9	14.52
	計	22	100.00	20	100.00	20	100.00	62	100.00
テーマ5	ある	56	42.42	67	55.83	56	46.67	179	48.12
	どちらでもない	25	18.94	22	18.33	31	25.83	78	20.97
	ない	51	38.64	31	25.83	33	27.50	115	30.91
	計	132	100.00	120	100.00	120	100.00	372	100.00
テーマ6	ある	14	42.42	13	43.33	14	46.67	41	44.09
	どちらでもない	5	15.15	4	13.33	5	16.67	14	15.05
	ない	14	42.42	13	43.33	11	36.67	38	40.86
	計	33	100.00	30	100.00	30	100.00	93	100.00
テーマ7	ある	24	36.36	27	45.00	22	36.67	73	39.25
	どちらでもない	13	19.70	6	10.00	10	16.67	29	15.59
	ない	29	43.94	27	45.00	28	46.67	84	45.16
	計	66	100.00	60	100.00	60	100.00	186	100.00
テーマ8	ある	19	57.58	15	50.00	11	36.67	45	48.39
	どちらでもない	7	21.21	7	23.33	7	23.33	21	22.58
	ない	7	21.21	8	26.67	12	40.00	27	29.03
	計	33	100.00	30	100.00	30	100.00	93	100.00
全体	ある	167	42.17	193	53.61	163	45.28	523	46.86
	どちらでもない	75	18.94	54	15.00	81	22.50	210	18.82
	ない	154	38.89	113	31.39	116	32.22	383	34.32
	計	396	100.00	360	100.00	360	100.00	1116	100.00

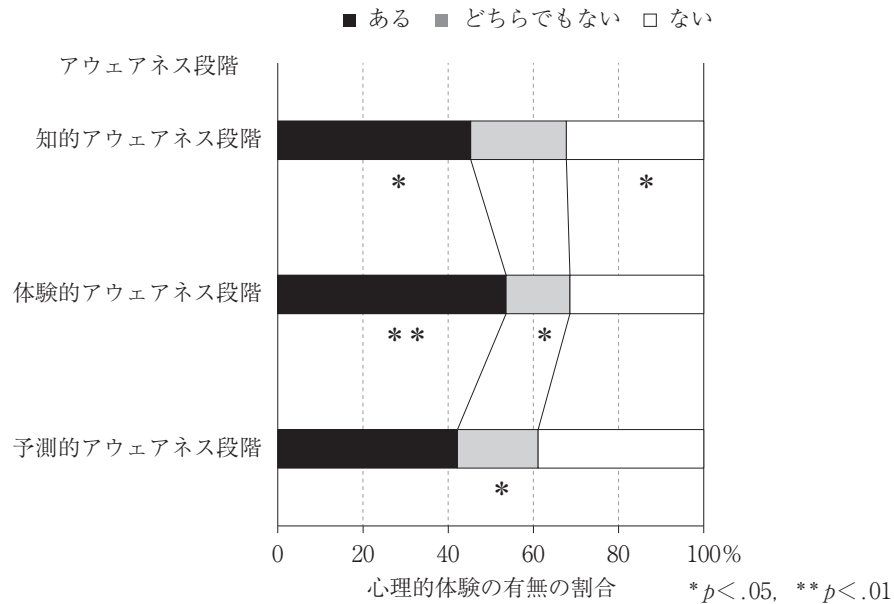


図1 質問項目全体の心理的体験の有無

結果

アウェアネス段階による心理的体験の差異

セルフアウェアネス獲得から障害受容に至る過程の心理的体験に関する質問票の結果は表3に示すとおりである。

各アウェアネス段階による心理的体験の差異を検討するために、参加者が全36項目の体験を「ある」「どちらでもない」「なし」と回答した割合について、 χ^2 検定を実施したところ有意であったため ($\chi^2 (4, N=1116)=14.71, p<.01$)、残差分析を行った。結果、体験的アウェアネス段階の「ある」は他のアウェアネス段階の「ある」より有意に多かった ($p<.01$) (図1)。体験的アウェアネス段階では他の段階より多く O'Callaghan et al. (2006) のプロセスで説明されるような心理的体験を体験していた。

次に、各アウェアネス段階において8テーマに関する心理的体験が「ある」「どちらでもない」「ない」と回答した割合について χ^2 検定を実施した。 χ^2 検定の結果、回答数の割合に有意な違いが認められたのはテーマ1「物事を間違えたときの人々の反応」 ($\chi^2 (4, N=93)=13.51, p<.01$) のみであったので、残差分析を行ったところ、知的アウェアネス段階では「物事を間違えたときの人々の反応」に関する心理的体験を経験したことが「ある」は「ない」より有意に少なく ($p<.01$)、予測的アウェアネス段階では逆に「ある」が「ない」より有意に多かった ($p<.05$) (図2)。テーマ1「物事を間違えたときの人々の反応」に関する体験について、知

的アウェアネス段階ではあまり体験しているという報告はないが、予測的アウェアネス段階ではより多く体験していた。

アウェアネス段階による気分の差異

各アウェアネス段階における日本版 POMS 短縮版の6尺度のT得点の平均、標準誤差は表4に示すとおりである。

アウェアネス段階の気分の差異について検討するために、日本版 POMS 短縮版の尺度ごとに1要因の分散分析を行った結果、有意差がみられたのはF尺度 ($F (2, 28)=3.68, p<.05$) のみであった (図3)。さらに Tukey 法による多重比較を行ったところ、知的アウェアネス段階と、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階のF尺度T得点の平均値には有意差が認められ ($p<.05$)、体験的アウェアネス段階および予測的アウェアネス段階のF尺度T得点の平均値は知的アウェアネス段階より高かった。従って、体験的アウェアネス段階にいる参加者および予測的アウェアネス段階にいる参加者は、知的アウェアネス段階にいる参加者に比べ、F尺度の示す意欲や活力の低下・疲労感、混乱を強く感じていた。

考察

セルフアウェアネス獲得に伴う心理的体験

Crosson et al. (1989) は、セルフアウェアネスを知的アウェアネス段階を経て、体験的アウェアネス段階へ、体験的アウェアネス段階を経て、予測的アウェアネス段階へと上がっていく階層モデルとして考えており、

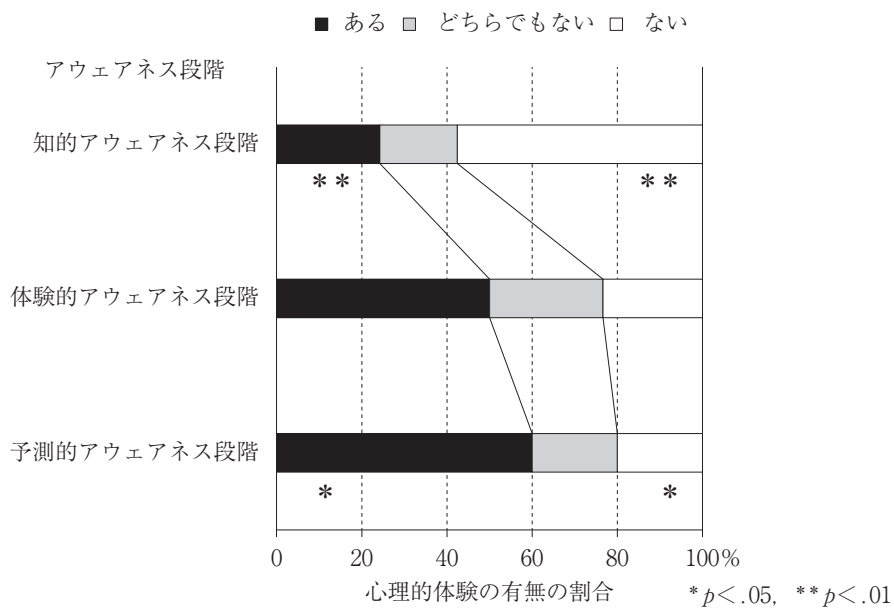


図2 テーマ1に関する心理的体験の有無

表4 各アウェアネス段階の短縮版 POMS の結果

	知的アウェアネス段階		体験的アウェアネス段階		予測的アウェアネス段階	
	平均値	標準誤差	平均値	標準誤差	平均値	標準誤差
T-A	48.00	3.036	54.60	4.397	56.00	4.069
D	48.73	3.419	58.80	5.318	54.90	4.311
A-H	48.27	3.555	59.40	4.660	51.10	2.410
V	43.36	3.404	47.70	3.363	45.90	3.430
F	44.18	2.445	54.20	3.687	55.70	3.786
C	46.27	3.752	53.70	3.073	59.30	3.882

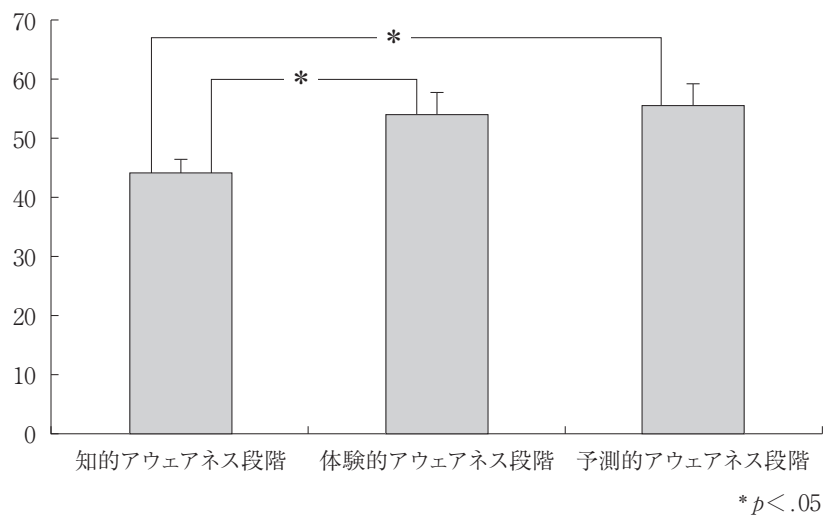


図3 POMS 短縮版 F 尺度 T 得点の平均および標準誤差

知的アウェアネス段階にいるものはセルフアウェアネスが低く、予測的アウェアネス段階にいるものはセルフアウェアネスが高いと考えられる。本研究の結果、Crosson et al. (1989) のセルフアウェアネスの階層モデルに従って分類された参加者は、それぞれ体験している心理的体験に差異が認められた。

最もアウェアネスが低い状態にあると考えられる知的アウェアネス段階では、O'Callaghan et al. (2006) のセルフアウェアネスの獲得から障害受容に至る過程の8つのテーマのうち「物事を間違えたときの人々の反応」に関する心理的体験が他の段階よりも少なかった。「物事を間違えたときの人々の反応」とは、他人から指摘されて焦る、自分が言った(した)ことで、他人が戸惑った顔をしたのを見て驚く、他人から思ってもいなかった反応をされてイライラすることがあるという体験である。知的アウェアネス段階では、特に他人の反応がある体験をしているとは思っておらず、人からどう見られているかに無頓着であり、客観的に自分をとらえることが難しいことが考えられる。

また、体験的アウェアネス段階では、O'Callaghan et al. (2006) の8つのテーマごとの差異は認められなかったが、他の段階よりも心理的体験をしたという割合が多かった。体験的アウェアネス段階は、障害を自分の体験として認識していく段階である。本研究により、8つのテーマについて偏りはみられなかったがどの段階よりも心理的体験があると答えた割合が多かったということは、体験的アウェアネス段階ではさまざまな体験をしているということを認識している段階とも考えられる。自分の体験についてより意識的になっているのかもしれない。

さらに予測的アウェアネス段階では、「物事を間違えたときの人々の反応」があったと答えた割合が知的アウェアネス段階よりも高かった。Crosson et al. (1989) によれば、予測的アウェアネス段階とは障害による問題をあらかじめ予測して代替手段を用いることができる段階である。また、セルフアウェアネスを判断と洞察に関係する(Stuss & Benson, 1986)と考えると、他人から指摘されて焦る、他人が戸惑った顔をしたのを見て驚く、他人の反応にイライラするといった心理的体験が多いということは、他人の反応を判断し洞察することが可能であるということを示唆する。知的アウェアネス段階では、自分は高次脳障害があるという病識という意味でのアウェアネスが獲得できた状態であるが、まだ自分を他者の視点からとらえなおすような客観性は持っていない

い。自分の体験を意識し、他者の視点から見るという客観性が生じて初めて、他者の意図を洞察・判断できるようになり、予測的アウェアネス段階に至って判断と洞察を伴うセルフアウェアネスを獲得した状態となるものと考えられる。

本研究によってあきらかになった心理的体験の差異は、人々の反応に気づくという客観性の獲得がアウェアネスの階層を上げ、判断と洞察を伴うセルフアウェアネスの獲得に役立つことを示唆するものと思われる。

アウェアネスの階層モデルと心理的ストレスの関係

本研究では、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階では、知的アウェアネス段階よりも意欲や活力の低下・疲労感を強く感じていた。体験的アウェアネス段階では心理的体験があると答えた割合が多く、予測的アウェアネス段階では人々の反応に気づく体験があると答えた割合が多かったことから、心理的体験が多いこと、人々の反応に気づくことが意欲や活力の低下・疲労感を高めていることが考えられる。本研究では、他の気分に関する尺度では有意な違いは認められなかったが、意欲や活力の低下・疲労感が身体的なストレスだけでなく、心理的ストレスへと発展していくことが考えられる。Lazarus & Folkman (1984, 本明他監訳, 1991) の提唱する心理学的ストレスモデルでは、特定の人間が心理的、身体的なストレス反応を生じるどうかは、その状況をどう考えるかという認知的判断によっているとしている。知的アウェアネス段階では実際には同様の体験をしていても、体験をしたという認知的判断自体が生じず、心理的ストレスとはならない。しかし、最もアウェアネスの高い状態である予測的アウェアネス段階では、自分の言動が周囲にどう思われているかに関する認知的判断が働き、意欲や活力の低下・疲労感だけでなく心理的ストレスを強く感じることも考えられる。先行研究でもセルフアウェアネスと心理的ストレスには関連があることが指摘され、アウェアネスが高いと自尊感情が低く抑うつや不安の得点が高くなり、アウェアネスが低いと抑うつや不安もないことが指摘されてきている(Fleming et al., 2006; Cooper-Evans et al., 2008; Malec, Testa, Rush, Brown, & Moessner, 2007; McBrinn, Colin Wilson, Caldwell, Carton, Delargy, McCann, Walsh, & McGuire, 2008) が、本研究においては、セルフアウェアネスが高まり、心理的体験を多くしていることに加えて、人々の反応に気づくという心理的体験の自覚があることも心理的ストレスを高める可能性が示唆された。

心理的支援の提案

初期のアルツハイマー型認知症患者のセルフアウェアネスと認知リハの成果についての研究 (Clare, Wilson, Carter, Roth, & Hodges, 2004) や、脳損傷者のセルフアウェアネスと ADL 能力改善に関する研究 (Ekstam, Uppgard, Kottorp, & Tham, 2007), セルフアウェアネスを意識したリハビリテーションに関する研究 (Ma-teer et al., 2005; Leung & Liu, 2011) から、リハビリテーションを実施する際にセルフアウェアネスを高める必要があることはこれまでに指摘されている。本研究において、各アウェアネス段階における心理的体験と、心理的ストレスに違いがあり、知的アウェアネス段階から、体験的アウェアネス段階、予測的アウェアネス段階へとアウェアネスの獲得が進むにつれ、心理的ストレスも高まることが示唆されたため、単にセルフアウェアネスを高める心理的支援だけでなく、アウェアネスの段階によって異なる心理的ストレスに配慮して、心理的支援を実施することが必要と思われる。

知的アウェアネス段階では、先行研究で指摘されるようにまずセルフアウェアネスの獲得を目的とした心理的支援を行い、認知リハの効果を高め、ADL 能力の改善につなげることが必要である。そのためには、他人の反応に気が付くという客観性の獲得につながるよう、グループ訓練などにより他者の言動に触れ、本人の言動に対する他者の評価をフィードバックする機会を増やすことが必要と思われる。こうした心理的支援を受け体験的アウェアネス段階に至ると、心理的体験が増えたことによる意欲や活力の低下・疲労感が生じるため、体験的アウェアネス段階では、心理的ストレスを考慮して心理的体験の量を調整するような心理的支援が有効かもしれない。さらにセルフアウェアネスの獲得が進み、予測的アウェアネス段階になると、対人的な関わりが増え、心理的ストレスが高まると考えられる。予測的アウェアネス段階では、他者からのストレスフルな反応を招くような行動に焦点を当てたソーシャルスキルトレーニングのような心理的支援と同時に、心理的ストレス軽減を目的とした心理療法も必要と思われる。

今後の課題

Abreu, Seale, Scheibel, Huddleston, Zhang, & Ottenbacher (2001) の研究ではアウェアネスに階層性は認められず、Lundqvist, Linnros, Orlenius, & Samuelsson (2010) の研究では、体験的アウェアネスは向上しなかったにもかかわらず予測的アウェアネスは向上したとい

う階層性に関する矛盾を報告している。Abreu et al. (2001) も Lundqvist et al. (2010) も、Crosson et al. (1989) の階層モデルが明確に支持されなかった理由としてアウェアネスの評価が十分ではなかった可能性をあげている。本研究においても、アウェアネスの評価については同様の問題が存在する。今後、アウェアネスの評価については、標準化された客観的な質問紙の開発が急務である。

また、本研究における予測的アウェアネス段階の参加者は、10人中7人が復職者であった。本研究では、予測的アウェアネス段階では、「物事を間違えたときの人々の反応」に関する心理的体験が知的アウェアネス段階よりも多かったが、体験的アウェアネス段階とは有意な差がみられなかったため、予測的アウェアネス段階における「物事を間違えたときの人々の反応」の差異が、必ずしも復職の影響を受けているとは考えられないが、復職・復学と、セルフアウェアネスや心理的ストレスの関係についても今後明らかにする必要がある。

本研究では、アウェアネス段階ごとに必要とされる心理的支援について提言したが、今後は心理的支援の方法について具体的に検討し、実施した心理的支援によって高次脳機能障害者の心理的ストレスがどう変化したのかに関する実証的な研究を行い、エビデンスのある心理的支援を実施していくことが重要と思われる。さらに、同じアウェアネス段階でも、高次脳機能障害の症状や重症度の違い、病前性格など個人によって心理的ストレスの感じ方が異なることも考えられる。画一的な心理的支援ではなく、個々に応じたきめ細やかな心理的支援を行うことに配慮する必要がある。

謝辞

本研究の実施に当たり、千葉県千葉リハビリテーションセンターに多大な協力を賜った。ここに記して深謝の意を表する。

引用文献

- Abreu, B. C., Seale, G., Scheibel, R. S., Huddleston, N., Zhang, L., & Ottenbacher, K. J. (2001). Levels of self-awareness after acute brain injury: how patients' and rehabilitation specialists' perceptions compare. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **82**(1), 49-56.
- Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Roth, I., & Hodges, J. R. (2004). Awareness in early-stage Alzheimer's disease: relationship to outcome of cognitive rehabilitation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **26**(2), 215-226.

- Cooper-Evans, S., Alderman, N., Knight, C., & Oddyc, M. (2008). Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory study. *Neuropsychological Rehabilitation*, **18**(5/6), 607-626.
- Crosson, B., Barco, P. P., Velozo, C. A., Bolesta, M. M., Cooper, P. V., Werts, D., & Brobeck, T. C. (1989). Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **4**(3), 46-54.
- Ekstam, L., Uppgard, B., Kottorp, A., & Tham, K. (2007). Relationship between awareness of disability and occupational performance during the first year after a stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, **61**(5), 503-511.
- Fleming, J. M. & Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, **16**(4), 474-500.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. (ラザルス R. S. & フォルクマン S. 本明寛・春木豊・織田正美 (監訳) (1991) ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 実務教育出版)
- Leung D. P. & Liu K. P. (2011). Review of self-awareness and its clinical application in stroke rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*. **34**(3) 187-195.
- Lundqvist, A., Linnros, H., Orlenius, H., & Samuelsson, K. (2010). Improved self-awareness and coping strategies for patients with acquired brain injury—a group therapy programme. *Brain Injury*, **24**(6), 823-32.
- Malec, J. F., Testa, J. A., Rush, B. K., Brown, A. W., & Moessner, A. M. (2007). Self-assessment of Impairment, Impaired Self-awareness, and Depression After Traumatic Brain Injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **22**(3), 156-166.
- Mateer, C. A., Sira, C. S., & O'Connell, M. E. (2005). Putting Humpty Dumpty together again: the importance of integrating cognitive and emotional interventions. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, **20**(1), 62-75.
- McBrinn, J., Colin Wilson, F., Caldwell, S., Carton, S., Delargy, M., McCann, J., Walsh, J., & McGuire, B. (2008). Emotional distress and awareness following acquired brain injury: An exploratory analysis. *Brain Injury*, **22**(10), 765-772.
- 長野友里 (2012). 高次脳機能障害の awareness. 高次脳機能研究, **32**(3), 433-437.
- O'Callaghan, C., Powell, T., & Oyeboode, J. (2006). An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, **16**(5), 579-593.
- 岡村陽子 (2012). セルフアウェアネスと心理的ストレス. 高次脳機能研究, **32**(3), 438-445.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2001). The Assessment and management of unawareness. *Cognitive rehabilitation: An Integrative Neuropsychological Approach*. Guilford Press, New York.
- Stuss, D. T. (1991). Awareness of deficit after brain injury, Oxford University Press.
- Stuss, D. T. & Benson, B. F. (1986). The frontal lobes. Raven Press.
- 横山和仁 (2005). POMS 短縮版手引と事例解説, 金子書房.